
APPLICATION

DE LA

MÉTHODE DE KRASKE

AU

Traitement des Fistules recto-vaginales supérieures

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 27 mars 1895, à 3 heures

PAR

ÉMILE BOUCARD

Né le 23 mai 1866, à Paris (Seine)

Examinateurs: { MM. HEYDENREICH, président.
WEISS, professeur.
VAUTRIN, agrégé.
FÉVRIER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO

1895

APPLICATION

DE LA

MÉTHODE DE KRASKE

AU

Traitement des Fistules recto-vaginales supérieures

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 27 mars 1895, à 3 heures

PAR

ÉMILE BOUCARD

Né le 23 mai 1866, à Paris (Seine)

Examineurs: { MM. HEYDENREICH, président.
WEISS, professeur.
VAUTRIN, agrégé.
FÉVRIER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties,
de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH I O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O, COZE *, I O,
V. PARISOT *, I O, HERRGOTT *, I O, HECHT *, I O, BEAUNIS *, I O.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM *, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I O, professeur.
Chimie médicale et toxicologie.....	M. GARNIER, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT, I O, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I O, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, A O, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, A O, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, I O, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I O, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, A O, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A O, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, chargé du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. N.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, A O, agrégé libre, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT, A O, agr., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. VAUTRIN, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A O, agrégé, chargé du cours.
Accouchements.....	M. REMY, A O, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, A O.	MM. RENY, A O.	MM. HAUSHALTER, A O.
VAUTRIN, A O.	P. PARISOT, A O.	FÉVRIER.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, *, I O, ROHMER, A O.

M. F. DES CILLEULS, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA BONNE MÈRE

Témoignage d'affection et de reconnaissance

A MON FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HEYDENREICH

DOYEN DE LA FACULTÉ

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

INTRODUCTION

La classification, généralement adoptée, des fistules recto-vaginales est celle de M. Verneuil (1), qui en admet trois variétés :

« Les fistules recto-vaginales supérieures, s'ouvrant plus ou moins haut dans le vagin ;

Les fistules recto-vaginales inférieures, qui s'ouvrent à la limite supérieure du triangle périnéal ;

Les fistules recto-vulvaires qui traversent le périnée. »

Cette division, nous l'accepterons, mais il faut bien reconnaître qu'elle ne satisfait pas complètement l'esprit. Rien à dire sur la variété recto-vulvaire ; mais nous trouvons la distinction entre les deux autres variétés légèrement arbitraire. En effet, il suffit d'examiner la figure d'une coupe médiane verticale et antéro-postérieure des organes génito-urinaires de la femme pour remarquer la très grande étendue de l'espace compris entre le sommet du

(1) Verneuil, *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 3 mai 1882, t. VIII, p. 349.

triangle périnéal et le fond du cul-de-sac vaginal postérieur. Une intervention, par le vagin, possible dans la première partie de cet espace, ne le sera plus dans le cul-de-sac. Or, nous savons que, de la détermination exacte du siège d'une fistule recto-vaginale, dépend tel ou tel traitement.

Nous admettons néanmoins la division de M. Verneuil, mais nous avons cru devoir faire cette réflexion pour bien fixer l'attention du lecteur sur la variété de fistules dont les interventions diverses pour les guérir vont faire l'objet de ce modeste travail.

Les fistules recto-vulvaires et recto-vaginales inférieures sont heureusement rares. Les fistules recto-vaginales supérieures sont des exceptions ; cependant elles existent, et cela, d'une façon indéniable. Un nouveau cas est venu le prouver pendant le semestre d'hiver 1893-1894, dans la clinique de notre éminent professeur, M. Heydenreich, doyen de la Faculté de médecine. Nous avons suivi la malade avec le plus grand intérêt, et le brillant succès qu'a obtenu l'heureuse inspiration de notre cher maître nous a décidé à tirer de l'observation de cette malade le sujet de notre thèse.

C'est donc de ces fistules recto-vaginales supérieures et uniquement de celles-ci que nous allons nous occuper. Nous ne ferons pas leur histoire ; leur traitement seul nous intéressera.

Nous essayerons d'exposer, dans une première partie, les procédés opératoires employés par les différentes voies, pour arriver à combattre et à triompher de ces fistules si rebelles, qui ont fait le désespoir de chirurgiens des plus autorisés, et qui constituent pour la malade une infirmité non seulement très grave, très sérieuse, mais encore blessante pour sa dignité, capable de la conduire à l'hypocondrie, et, de là, au suicide.

L'application de la méthode sacrée à la guérison de ces fistules très élevées fera l'objet spécial d'une deuxième partie.

Nous terminerons enfin par l'exposé des conclusions, que nous croirons pouvoir tirer de la discussion de ces procédés opératoires, troisième et dernière partie.

Nous serions ingrat si nous oublions d'offrir à notre cher maître, M. le professeur Heydenreich, doyen de la Faculté, l'expression de notre respectueuse reconnaissance, pour son enseignement si pratique auquel nous avons tant puisé, pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555810_0007

PREMIÈRE PARTIE

I

Opérations par la voie vaginale

La thérapeutique opératoire des différentes variétés de fistules recto-vaginales a toujours excité la sagacité des chirurgiens. Beaucoup de procédés, plus ingénieux les uns que les autres, ont été imaginés et mis en pratique ; mais, malheureusement, les résultats ont rarement répondu à l'attente de leurs auteurs.

Les méthodes généralement employées pour les fistules situées très bas ne peuvent être applicables aux fistules très-élevées qui nous occupent. On ne peut, en effet, songer à traiter celles-ci par la voie vaginale au moyen de la suture simple, précédée d'un avivement plus ou moins large, surtout si les tissus ne se laissent pas abaisser. Ce serait se heurter à des difficultés insurmontables et, par suite, aller à un échec certain. De même, il serait téméraire de fendre toute la cloison recto-vaginale et tout le périnée d'arrière en avant depuis le cul-de-sac vaginal. Enfin, l'opération par le rectum est presque impossible. On a alors essayé ou conseillé diverses modifications de ces méthodes ; on a mis au jour de nouvelles interventions. Voyons d'abord les différents procédés que certains auteurs nous invitent à mettre en pratique par la voie vaginale.

Simon, de Rostock (1), pour une fistule recto-vaginale élevée, compliquée d'une fistule vésico-vaginale qu'on ne pouvait parvenir à oblitérer, imagina cette opération. Il abaissa légèrement l'utérus et réunit par des points de suture la lèvre antérieure du col de l'utérus avec la lèvre antérieure de la fistule. L'opération réussit, mais les règles s'écoulaient par le rectum. Ce sont les seuls détails que nous ayons pu recueillir.

Nous dirons dans un chapitre spécial ce que nous pensons d'une pareille intervention.

M. Le Dentu (2), pour une fistule recto-vaginale, située à une très-grande distance de la vulve, datant de huit ans et dont la malade, fatiguée de son infirmité, demandait à être débarrassée, conçut un procédé qu'il appela : *autoplastie par glissement, à lambeaux superposés et à disposition valvulaire*, et que nous allons exposer le plus brièvement possible.

La fistule, de forme oblongue, avait environ quatre millimètres sur trois. Après avoir introduit dans le rectum l'index de la main gauche revêtue d'un gant de caoutchouc, il refoule la cloison recto-vaginale vers le vagin et fait avec un bistouri une première incision, courbe, passant à plus d'un centimètre au-dessus de

(1) Simon, de Rostock, *Monatschrift für Geb.*, t. XIV, p. 439. — *Prager Vierteljahrschrift prakt-Heilkunde*, t. XCVI, p. 1. — *In thèse de Serres*, Paris, 1867 (Des fistules recto-vaginales considérées surtout au point de vue du traitement).

(2) Le Dentu, *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1^{er} octobre 1890, t. XVI, p. 589. — *Semaine médicale*, 1890, p. 372. — *Traité de gynécologie clinique et opératoire de Pozzi*, 2^e édition, p. 970.

la fistule. Il fait descendre verticalement les extrémités de cette incision jusqu'à une hauteur d'un centimètre au-dessous de la fistule.

De l'une de ces extrémités il fait partir une deuxième incision, également courbe, qu'il fait passer au niveau du bord inférieur de la fistule pour aller rejoindre l'autre extrémité. Il avive alors la muqueuse vaginale comprise entre ces deux incisions.

Ceci fait, il se sert de la deuxième incision pour tailler un lambeau dont la base est une ligne passant aux extrémités des deux incisions. Son procédé consiste à faire remonter ce lambeau et à l'adapter par sa face cruentée à la surface précédemment avivée. Pour détruire le cul-de-sac qui se formerait fatalement par cette manœuvre et dans lequel s'accumuleraient inévitablement les matières fécales, il supprime, dans la portion avivée au-dessous de la fistule, un triangle de muqueuse rectale et en prolonge même quelque peu la base à droite et à gauche. Enfin, il place les sutures de la façon suivante : chacune des extrémités d'un fil d'argent ou de soie assez fin est enfilée à une aiguille également fine. A la première aiguille, il fait parcourir toute l'étendue de la surface avivée au-dessus de la fistule, en ayant soin de ne pas pénétrer dans le rectum, en restant dans l'épaisseur de la muqueuse rectale ; puis il la fait passer à travers la base du lambeau. La deuxième aiguille traverse le bord libre du lambeau. Il serre le fil, et la face cruentée de ce lambeau se trouve alors appliquée sur la surface avivée de la muqueuse vaginale située, avant cette manœuvre, au-dessus de ce même lambeau.

Il emploie le nombre de fils nécessaire et les fixe au moyen de tubes de Galli, qu'il serre légèrement, pour ne pas causer leur pénétration dans l'épaisseur du lambeau et en déterminer l'ulcération et la perforation. Pour éviter cette complication possible, il conseille même de les serrer sur un petit bourrelet de gaze iodoformée appliquée sur le lambeau en contact avec la muqueuse avivée.

Ce procédé (1), quoique compliqué, donna un succès à M. Le Dentu. Il est ingénieux, en vérité ; mais nous verrons s'il est applicable à la variété de fistules qui nous intéresse.

(1) Frisch, en Allemagne, pour de petites fistules situées haut dans le vagin, avait, lui aussi et avant M. Le Dentu, employé avec succès un véritable procédé autoplastique.

II

Opérations par la voie périnéale

De la découverte de l'obstacle principal à la réussite des opérations de fistule recto-vaginale, le filtrage des gaz intestinaux à travers les points de suture, sortit un *modus operandi* que le professeur Richet (1) érigea le premier en méthode et qui fut suivi par Simon (2), en Allemagne.

Fendre le périnée et la cloison recto-vaginale jusqu'à la fistule et même au-delà, puis procéder à la suture de la fistule avivée et de toutes les parties sectionnées, est cette méthode, qui trouva d'ardents défenseurs dans MM. Rizzoli (3), Labbé (4), Le Dentu (5), Ch. Monod (6).

M. Labbé l'employa avec succès pour une fistule très élevée, et M. Chevrier termina sa thèse, *Contribution à l'étude du traitement des fistules recto-vaginales*, Paris, 1890, en déclarant les fistules recto-vaginales

--
(1) Richet, *Annales de Gynécologie*, 1876, t. V, p. 401. — *In thèse de Serres*, Paris, 1867.

(2) *Loc. cit.*

(3) Rizzoli, *Bull. des sciences méd. de Bologne*, 1867, t. IV, p. 226.

(4) Labbé, *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1882, p. 352 et 663.

(5) Le Dentu, *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1882, p. 350.

(6) Ch. Monod, *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, 1883, p. 46 et 132.

supérieures justiciables de la périnéotomie avec périnéorrhaphie immédiate.

Disons, dès maintenant, qu'il est audacieux de songer à fendre le périnée et toute la hauteur de la cloison recto-vaginale pour ces fistules, surtout si ce périnée est en parfait état.

M. Quénu (1), dans une séance de la Société de chirurgie de Paris, exposa le plan d'un procédé plus économique, dont il se croyait l'auteur, mais que A. Guérin avait imaginé pour une communication, très large et haute, entre le rectum et le vagin, et que l'on peut trouver décrit dans ses *Eléments de chirurgie opératoire* (3^e édition, 1864, p. 647).

Nous décrivons, de préférence, le procédé de M. Quénu, parce qu'il est plus récent et ne diffère de celui de A. Guérin que par l'addition d'un temps opératoire.

A. Guérin s'était proposé de décoller le vagin du rectum, non seulement pour atteindre plus facilement l'extrémité supérieure de la vaste communication, mais aussi pour mieux maintenir affrontés les bords avivés de la fistule. Malheureusement, il eut un échec.

L'idée principale qui guida M. Quénu, outre celle d'aborder plus facilement les orifices de la fistule, fut celle de s'opposer au passage des gaz intestinaux ou tout au moins de leur offrir une sortie facile par la plaie périnéale, si la suture rectale venait à manquer.

Voici son procédé : au milieu de l'espace compris

(1) Quénu, *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1890, p. 596.

entre l'anus et la vulve, il fait à travers le périnée une incision transversale, légèrement convexe en avant. Il arrive ainsi sur la cloison recto-vaginale et procède alors au décollement du rectum et du vagin. La fistule atteinte, il en avive les bords et poursuit son décollement un peu au-delà de la communication. Cette dernière manœuvre détruit le parallélisme des orifices rectal et vaginal et, par suite, favorise la réunion. Ce vaste décollement permet de faire, avec la plus grande facilité, la suture de ces orifices. Il laisse la plaie périnéale béante et la bourre de gaze iodoformée.

Jusqu'ici c'est identiquement le même procédé qu'employa A. Guérin. M. Quénu y ajoute seulement ce nouveau temps : l'incision du sphincter anal en arrière, pour faciliter la sortie des gaz intestinaux.

La malade, sur laquelle fut pratiquée cette opération, fut complètement guérie.

Disons, en passant, que nous regrettons que les auteurs des procédés, que le lecteur trouvera exposés dans le corps de ce travail, n'aient pas, en général, joint l'observation détaillée de leur malade à la communication de leur procédé opératoire. C'eût été intéressant, car nous aurions pu suivre les suites de chacune de ces différentes interventions et en tirer des conclusions convenables.

On peut rapprocher du procédé Guérin-Quénu celui dont se servit M. Sanger(1), pour une fistule recto-

(1) Sanger, The operative treatment of recto-vaginal fistula (*Buffalo méd. and Surg Journ.*, juin 1891). — *In traité de gynécologie de Pozzi*, p. 695 et 963.

vaginale exceptionnellement élevée. M. Säger pratiqua l'incision de la périnéotomie transversale de M. Otto-Zuckerlandl (1), opération recommandée pour l'extirpation du cancer du col de l'utérus. Il fit donc une incision bi-ischiatique qu'il poursuivit résolument jusqu'au-delà de la fistule, sans hésiter à traverser le releveur de l'anus et sans craindre de créer ainsi une plaie assez profonde pour admettre les deux poings. Le décollement de la cloison recto-vaginale effectué, il sutura séparément les deux orifices et finalement bourra la plaie de gaze iodoformée. Il recueillit ainsi un beau succès.

Nous dirons ce que nous pensons de ces interventions par la voie périnéale que M. Pozzi (2), dans une séance de la Société de chirurgie, du mois de juin 1892, déclarait convenir à toutes les variétés de fistule recto-vaginale.

(1) Otto-Zuckerlandl, *Wien. med. Woch.*, 1888, nos 11 et 16; 1889, nos 12, 14, 15, 16 et 18; et *Wien. med. Presse*, 1889, n° 7, p. 249. — *In traité de gynécologie de Pozzi*, p. 695.

(2) Pozzi, *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1892, p. 458.

III

Opérations par la voie rectale

Des chirurgiens songèrent à se servir de la voie rectale pour atteindre ces fistules recto-vaginales supérieures.

C'est ainsi que Simon, de Rostock, déjà cité, pour une fistule transversale de la partie supérieure de la cloison recto-vaginale qu'il avait opérée deux fois sans succès par le vagin, se décida à intervenir par le rectum. Cette fistule recto-vaginale était compliquée d'un rétrécissement du vagin et de deux fistules vésico-vaginales, dont l'une seulement avait été préalablement guérie par une opération sanglante.

Voici d'ailleurs une analyse de son observation que nous tirons de la thèse de Serres : *Des fistules recto-vaginales considérées surtout au point de vue du traitement*, Paris, 1867).

OBSERVATION I

SIMON, DE ROSTOCK (Analyse tirée de la thèse de Serres).

La fistule, après deux opérations par le vagin avait doublé d'étendue. On ne pouvait songer à la section du périnée, non seulement à cause du siège de la fistule, mais encore à cause de sa direction transversale.

On chloroforma la malade, et afin d'agrandir l'ouverture

anale, on incisa le sphincter en arrière et sur les parties latérales. La première incision avait un centimètre, les deux autres un demi-centimètre ; on écarta les bords avec des crochets mousses et on aperçut facilement l'ouverture fistuleuse. Le chirurgien, après avoir avivé les lèvres enleva la muqueuse rectale tout autour de la fistule, puis il appliqua plusieurs points de suture du vagin vers le rectum. « Je m'arrangeai, dit M. Simon, de façon à enfoncer l'aiguille du côté du vagin à un demi-centimètre du rebord et à la faire ressortir du côté du rectum sur le bord même de la fistule. » (Traduction littéraire) (1).

On entretint la constipation pendant douze jours. L'urine s'écoulait continuellement par la fistule vésico-vaginale. Les incisions du sphincter s'étaient cicatrisées le premier jour, et après douze heures, les gaz s'échappaient avec bruit.

Le cinquième jour on enleva quelques sutures par le vagin parce que le rectum n'était pas cicatrisé. Du huitième au quatorzième jour, les fils qui restaient furent enlevés, soit par le vagin, soit par le rectum ; mais le deuxième jour, il passait des gaz par la fistule.

Six semaines après, M. Simon pratiqua une seconde opération par l'anus sans inciser le sphincter. Six points de suture furent appliqués. Constipation pendant 12 jours.

Le septième jour, on enleva deux fils par le rectum.

Le huitième jour, les autres fils sont ôtés par le vagin.

Il restait encore une petite fistule qui guérit spontanément au bout d'un mois et demi.

C'était donc un succès.

M. Demarquay (2), lui aussi, utilisa la voie rectale. Dans une séance de la Société de chirurgie du mois d'octobre 1874, il communiqua le procédé qu'il mit

(1) Comme Serres, nous comprenons difficilement comment il a pu par ce procédé mettre les surfaces saignantes en contact.

(2) Demarquay, *Bull. Soc. chir.*, 1874, p. 560.

en usage sur une jeune femme affectée d'une large fistule recto-vaginale, causée par la maladresse d'un instrument tranchant dans l'ablation d'un polype utérin.

Il divisa son opération en deux temps. Dans un premier, il fendit l'anوس et la paroi postérieure du rectum jusqu'au coccyx. Cette opération préliminaire lui permit d'opérer la fistule par le rectum, en quelque sorte à ciel ouvert, et les matières fécales au lieu de s'accumuler purent ainsi s'écouler facilement.

Dans un deuxième temps, il pratiqua sur la surface intestinale un large avivement obliquement taillé comme cela se fait dans le traitement de la fistule vésico-vaginale par la méthode américaine. Ceci fait et l'hémorragie arrêtée, il fit une suture métallique en traversant la paroi inférieure du vagin et tordit les fils dans le vagin.

La malade guérit de sa fistule et son sphincter, reconstruit de lui-même, fonctionna comme s'il n'avait pas été intéressé.

Enfin, M. Marc Sée (1), également dans une séance de la Société de Chirurgie du mois de juin 1892, conseille de même la voie rectale pour aborder ces fistules recto-vaginales supérieures. Nous lui laissons la parole :

« Je croyais avoir le premier appliqué un mode de traitement, qui, en somme, appartient à Demarquay. Dans un cas où le sphincter était solide et où il y

(1) Marc. Sée, *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1890, p. 598 ; 1892, p. 459.

avait une fistule large comme la pulpe de l'index, j'eus l'idée de fendre le sphincter anal en arrière pour arriver facilement sur la cloison recto-vaginale. Je pus alors commodément aviver et suturer les muqueuses rectale et vaginale ; je ne fis pas de réunion du sphincter ; celui-ci se réunit secondairement d'une façon complète. Je crois que ce procédé peut être utilisé dans les cas où la fistule est haut située. »

Tous ces procédés montrent combien était grande la préoccupation des chirurgiens pour arriver à ces fistules très élevées, combien était absolu leur désir de débarrasser leur malade d'une infirmité dégoûtante, puisque la gravité de leur mode d'intervention ne les arrêtait pas.

IV

Opérations par la voie ischio-rectale

M. Michaux (1), le premier, utilise la voie ischio-rectale pour aborder une fistule vésico-vaginale située très haut, inaccessible par le vagin, et conseille cette voie pour atteindre les fistules recto-vaginales supérieures.

L'opération préliminaire consiste à faire une incision parallèle au sillon interfessier à un gros travers de pouce au-dessus de ce sillon.

Cette incision doit commencer en arrière environ au niveau de l'anus pour finir en avant à peu près au croisement de la grande lèvre correspondante avec l'arcade osseuse ischio-pubienne. On divise le tissu cellulaire sous-cutané et on décolle la graisse ischio-rectale.

On arrive ainsi sur la paroi latérale du vagin, que l'on fend, au besoin, dans toute sa longueur. On a ainsi toute facilité pour aborder la fistule à travers cette large ouverture vaginale.

Il nous sera difficile de nous prononcer sur la valeur de cette opération puisque, à notre connais-

(1) Michaux, *Congrès français de chirurgie*, 1892, p. 718. — *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus* (fistules vésico-vaginales et fistules recto-vaginales).

sance, elle n'a pas encore été appliquée aux fistules dont nous nous occupons.

Néanmoins, nous doutons avec M. Picqué (1), qu'elle donne beaucoup de jour dans tous les cas.

Nous arrivons à la partie principale de notre thèse : l'application de la méthode de Kraske au traitement de ces fistules recto-vaginales très élevées.

(1) Picqué, *Congrès français de chirurgie*, 1892, p. 729.

DEUXIÈME PARTIE

VOIE SACRÉE

I

Apparition et applications de la méthode de Kraske

Le 11 avril 1885, à la quatrième séance du quatorzième congrès de la Société allemande de chirurgie, à Berlin, le professeur Kraske (1), de Fribourg-en-Brisgau, fit, sur le traitement des cancers du rectum, une communication qui devait avoir un grand retentissement dans le monde chirurgical. Dans deux cas de cancers situés très haut, il s'était ouvert une voie très large en enlevant le coccyx et en réséquant une partie du sacrum. Il était ainsi arrivé sur le rectum, avait pu le débarrasser très facilement de sa tumeur, et avait suturé le bout supérieur au bout inférieur en conservant intacte la zone des sphincters.

Les deux interventions avaient été couronnées de succès. Aussi, l'enthousiasme que ces résultats

(1) Kraske, Zur extirpation hochsitzender Mastdarmkrebs, 1886, *Arch. für. Klin. Chir.*, XXXIII Band. — Die sacrale methode der extirpation von Mastdarmkrebsen und die resectio recti, *Berl. Klin. Wochensc.*, 1887.

causèrent, fit-il que cette opération fut aussitôt appelée « opération de Kraske ».

L'opération de Kraske se vulgarisa rapidement en Allemagne, en Autriche et en France. Nous ne voulons pas faire son histoire, car la cause qui l'a fait naître ne rentre pas dans notre sujet ; mais nous tenons à dire quels services elle rendit et est appelée à rendre à la chirurgie, en devenant le point de départ d'une méthode nouvelle pour aborder les organes pelviens.

En effet, on trouva bientôt d'autres indications à la voie sacrée que le cancer du rectum.

C'est ainsi qu'en 1887, M. Bardenheuer (1), dans un important mémoire sur la résection du cancer du rectum, agrandit le champ de la méthode en faisant rentrer dans son domaine le traitement des rétrécissements non cancéreux. L'ablation du coccyx et la résection du sacrum ne sont plus alors un temps de l'extirpation du cancer du rectum, elles constituent une opération préliminaire, créant une large brèche dans la paroi pelvienne postérieure et donnant accès dans le petit bassin.

Deux ans plus tard, MM. Hégar (2) et Wiedow (3) l'appliquent aux interventions sur l'utérus et ses annexes.

MM. Poncet et Jaboulay (4), avec leur élève

(1) Bardenheuer, Die Resection des Mastdarm carcin. *Volkmann's Sammlung Klin. Vorträge*, 1887.

(2) Hégar, *Berlin. Klin. Woch.*, 1889, n° 10, p. 202.

(3) Wiedow, *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 29, p. 502.

(4) Poncet et Jaboulay, De l'appendicite infectieuse aiguë. *Revue de chir.*, 1892.

Margery (1), proposent de drainer par la voie sacrée certaines appendicites à détermination pelvienne.

M. Reynier (2) tente d'aborder l'uretère par la voie parasacrée.

Quelques auteurs vont même jusqu'à considérer la voie sacrée comme une voie exploratrice.

Mais, selon nous, une de ses meilleures indications se trouve être dans son application à la cure des fistules recto-vaginales très élevées. M. Bardenheuer (3) y avait songé puisque, dans son mémoire il faisait rentrer dans les indications de cette voie non seulement les rétrécissements non cancéreux, mais aussi les fistules recto-vaginales très haut situées. Ce sera là, dit-il, le triomphe de la méthode. Il ne semble pas cependant qu'il ait mis en pratique son idée; elle serait restée une simple vue de l'esprit.

C'est à la chirurgie française que revient l'honneur d'avoir mis à profit la voie sacrée pour affronter ces fistules recto-vaginales élevées.

M. Terrier (4) utilise cette voie pour une fistule, située très haut, derrière le col de l'utérus et dans une séance de la Société de chirurgie, déclare cette méthode capable de donner d'excellents résultats.

M. Heydenreich (5), Doyen de la Faculté, après

(1) Margery, De l'appendicite aiguë infectieuse, sans perforation ni gangrène de l'appendice, *Th. Lyon*, 1892.

(2) Reynier, *Soc. de chir.*, 14 février 1893.

(3) Loc. cit.

(4) Terrier, *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1892, p. 459. — *Ann. de Gyn.*, 1891, t. 2, p. 192.

(5) Heydenreich, *Congrès de chirurgie de Lyon*, octobre 1894.

l'application de la méthode de Kraske pour une fistule siégeant haut dans le cul-de-sac vaginal postérieur, recueille un beau succès.

M. Morestin, dans sa thèse, (*Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée, Paris, 1894*), dit, sans nommer l'auteur, avoir reçu communication de deux cas analogues à celui de M. Terrier.

Nous regrettons que cette communication soit personnelle, car, rendue publique par son auteur, nous sommes convaincu qu'elle eût démontré une fois de plus l'utilité de l'application de la méthode sacrée au traitement des fistules recto-vaginales supérieures.

La question est en somme toute nouvelle, puisque nous ne pouvons prendre en considération que le cas de M. Terrier et celui de M. Heydenreich.

Encore avons-nous lu quelque part que M. Terrier ne possédait pas l'observation de sa malade.

Reste celle de M. Heydenreich, Doyen de la Faculté, qui relate un succès et peut, à elle seule, décider les chirurgiens à se servir de la voie sacrée pour atteindre ces fistules.

II

Notions anatomiques sur la région sacro-coccygienne

Avant de faire l'exposé du manuel opératoire de la méthode de Kraske et d'en proposer la modification que nous jugeons convenir le mieux à ces fistules recto-vaginales supérieures, nous croyons utile de rappeler quelques notions anatomiques sur la région sacro-coccygienne, et de connaître les différents organes qu'on peut léser en faisant une résection osseuse du sacrum et l'ablation du coccyx.

« Les limites de la région sacro-coccygienne sont celles mêmes de la colonne vertébrale pelvienne. Elle est donc large en haut, effilée inférieurement, triangulaire dans son ensemble. Ces limites peuvent être figurées par trois lignes : l'une horizontale, passant transversalement à deux ou trois travers de doigt au-dessus de la zone sous-cutanée de la crête iliaque ; les deux autres, symétriques, partant du sommet du coccyx et passant à un travers de doigt en dehors de la surface sous-cutanée de la crête iliaque. » (Morestin).

La peau dans cette région ne présente pas d'importance ; le tissu cellulaire sous-cutané est peu vasculaire. Ils recouvrent la crête sacrée, et de chaque côté de cette crête la partie inférieure de la masse sacro-lombaire qui est masquée par une aponévrose épaisse.

La partie inférieure de la masse commune recouvre les trois derniers trous sacrés de chaque côté. Les insertions inférieures de cette masse musculaire se trouveront donc fatalement sacrifiées quand il s'agira de réséquer une portion latérale du sacrum, tout au moins les insertions seront-elles détachées de l'os. En dehors de cette masse commune et de chaque côté également, le muscle grand-fessier prend ses insertions sur le sacrum, au niveau du bord externe de l'aponévrose lombo-sacrée, sur la moitié inférieure du sacrum et sur les bords du coccyx. Ces insertions inférieures seront aussi sectionnées, surtout au voisinage des deux ligaments sacro-sciatiques qui fournissent aussi des insertions à ce muscle puissant. La lésion de ces différents muscles au cours de l'opération sacrée, sera insignifiante au point de vue des troubles fonctionnels, si on considère le petit nombre de faisceaux qu'on est obligé de sacrifier.

Viennent ensuite le sacrum et le coccyx.

Le sacrum n'est intéressant qu'au point de vue de l'insertion des grand et petit ligaments sacro-sciatiques, et surtout de la présence du canal sacré, qui contient la queue de cheval et différents nerfs qui sortent par des trous sacrés antérieurs et postérieurs au nombre de six de chaque côté et sur chaque face.

Les branches postérieures sont toutes très courtes et se perdent dans les muscles de la masse commune et dans la peau des régions du sacrum et du coccyx, elles ne présentent pas d'utilité physiologique appréciable ; leur utilité dans les fonctions des muscles du

dos est si minime que leur section n'offre aucune crainte.

Les branches antérieures ou abdominales sacrées et coccygiennes sont plus importantes, surtout les branches sacrées dont les trois premières s'anastomosent avec le nerf lombo-sacré, de façon à former le plexus sacré ; une partie de la branche antérieure de la quatrième paire sacrée entre aussi dans la constitution de ce plexus ; cette quatrième paire sort par le quatrième trou sacré, c'est cette racine nerveuse qui est toujours intéressée dans la résection du sacrum qui se fait, dans le Kraske pur, au-dessous du troisième trou sacré et englobe par conséquent le quatrième trou sacré. La troisième paire est donc respectée.

D'après les recherches anatomiques, on sait que la branche antérieure de la quatrième paire sacrée sort du quatrième trou sacré antérieur pour se porter en avant : elle se divise en trois faisceaux, l'un se porte en avant, dans le plexus hypogastrique, le supérieur dans le plexus sacré et le dernier contourne les bords du coccyx pour se perdre dans la peau de la région coccygienne.

La branche antérieure de la cinquième paire sacrée sort du trou que forment, par leur réunion, les cornes du sacrum et celles du coccyx. Elle se divise en deux rameaux, l'un ascendant, qui se réunit à la quatrième paire, l'autre descendant, qui se réunit à la sixième.

La branche antérieure de la sixième paire sacrée sort par le même trou que la précédente, entre le sacrum et le coccyx, elle reçoit l'anastomose de la

cinquième paire et se divise en deux rameaux qui se portent en arrière en traversant le muscle ischio-coccygien. Le plus interne de ces rameaux se distribue à ce muscle et à la peau de la région coccygienne, l'externe se porte en arrière, dans le bord inférieur du muscle grand fessier.

L'importance physiologique un peu plus grande de ces rameaux obligera donc le chirurgien à limiter le plus possible, en haut, la résection du sacrum pour intéresser le moins de branches nerveuses. Dans la méthode de Kraske, la ligne de résection de l'aile gauche du sacrum passant au-dessous du troisième trou sacré, on ne sectionne que les quatrième, cinquième et sixième branches antérieures sacrées du côté gauche, ce qui n'a que très peu d'importance, d'autant plus que les branches analogues du côté opposé doivent suppléer à l'innervation du côté lésé.

On a craint un moment d'ouvrir le canal sacré, mais il est reconnu maintenant que cette ouverture ne s'est jamais accompagnée de complications, et on n'a pas encore vu d'inflammations remonter le long de ce canal, dans les cas où on a dû ouvrir l'hiatus sacré, entre autres le cas de M. Volkmann (1), qui réséqua une partie considérable du sacrum atteinte d'un sarcome à myélocytes, ouvrit forcément le canal vertébral et sectionna le filum terminale sans consé-

(1) Volkmann, Verhandlung der deutscher gesellschaft. *Chir.*, 5^e congrès, 1876, I, p. 62.

quences fâcheuses pour le malade, qui guérit complètement.

Quant au coccyx, on ne peut guère l'extirper sans enlever les insertions des muscles et des ligaments sur cet os, muscles ischio-coccygien, sphincter externe, grand fessier, grand et petit ligaments sacro-sciatiques. Nous devons insister sur les insertions du sphincter externe qui joue un si grand rôle dans les fonctions de la défécation. Il s'attache en arrière sur le raphé fibreux qui s'étend de l'anوس au coccyx, plusieurs de ses faisceaux musculaires s'insèrent aussi sur la peau de la région coccygienne.

Toutes les insertions coccygiennes sont donc fatalement sacrifiées dans le procédé de Kraske, et comme les fibres de ce muscle s'entre-croisent avec celles du releveur de l'anوس et avec quelques fibres longitudinales du rectum, il en résulte que l'ablation du coccyx peut être défavorable au bon fonctionnement du sphincter et des autres muscles qui concourent à cette fonction.

On prétend que, si l'on a soin de respecter le raphé fibreux et une bonne partie de la peau recouvrant le coccyx, on est certain de conserver l'action du sphincter malgré l'extirpation du coccyx et d'obtenir la continence des matières fécales, un des principaux avantages de la méthode.

Nous en doutons, car le muscle qui préside à la défécation, ne possédant plus ses solides attaches, ne pourra plus opposer aux efforts propulseurs des fèces une résistance aussi énergique et l'incontinence fécale aura beaucoup de chance de triompher.

MM. Hildebrand (1), Kuester, von Bergmann (2), Stierlin (3), rapportent, en effet, dans leurs statistiques, des cas où, tout en ayant conservé le sphincter et l'anus, les malades étaient sujets à l'incontinence. Le procédé, qui offrira le plus de sécurité d'avenir, devra donc être préféré.

Nous ne voulons pas terminer ces quelques notions d'anatomie, sans dire un mot des rapports du péritoine avec le rectum et la paroi postérieure du vagin.

Le péritoine, après avoir recouvert la face postérieure de l'utérus dans toute sa hauteur, revêt environ le quart supérieur de la face postérieure du vagin, puis il se réfléchit sur la face antérieure du rectum pour former le cul-de-sac péritonéal postérieur ou de Douglas. De là, la séreuse se porte sur les faces latérales du rectum et gagne sa face postérieure en suivant un trajet très oblique de bas en haut et d'avant en arrière ; d'où la différence de niveau que présente le péritoine en avant et en arrière de l'intestin.

On a mesuré avec soin cette différence de niveau en prenant l'anus comme point de repère.

On a trouvé que le cul-de-sac de Douglas était distant de l'anus de six centimètres environ, lorsque

(1) Hildebrand, Zur statistick der Rectum carcinom. *Deutsche Zeitschrift für chir.*, XXVII, p. 329-370.

(2) Kuester, von Bergmann, Ueber Resectio recti *Berlin-Klin. Woch.*, n° 9, s. 193, 1889.

(3) Stierlin, Beiträge für Klin. chir. von P. Bruns, Czerny (*Krönlein et Socin*, t. V., fasc. 3, Tubingen.)

la vessie est vide, et que le péritoine sur la face postérieure du rectum en était éloigné de onze à douze centimètres.

Cette revue rapide de la région sacro-coccygienne va nous permettre d'atteindre le plus avantageusement le siège de ces fistules recto-vaginales supérieures.

III

Manuel opératoire de l'opération préliminaire de Kraske.

Nous pouvons maintenant exposer le manuel opératoire de l'opération de Kraske, tel qu'il le décrit dans ses mémoires. Nous arrêterons cependant cet exposé au premier temps de son opération, le deuxième ne rentrant pas dans le cadre de notre sujet.

Le malade est placé sur le côté droit, les cuisses fléchies sur le bassin. Il fait sur la ligne médiane (1) une incision partant de l'anus pour aller se terminer au milieu du sacrum. Cette incision divise tous les tissus jusqu'à la crête sacrée à laquelle elle est parallèle. Il détache le muscle fessier à son insertion inférieure sur l'aile gauche du sacrum, dénude le sacrum et le coccyx jusqu'à leur bord gauche. Il s'est décidé à réséquer la partie inférieure de l'aile gauche du sacrum parce que la partie supérieure du rectum se dévie à gauche.

Les parties molles sont détachées de l'os au bistouri et à la rugine jusqu'au bord osseux sacro-coccygien,

(1) Ainsi que le prouve ce membre de phrase de Kraske lui-même :
Machte ich in der Mittellinie etwa von der Mitte der Kreuzbeins bis zum
After einen Schnitt bis auf den Knochen.

(Zur Exstirpation hochsitzender Mastdarmkrebse, 1886. *Arch. für
Klin. chir.*, XXXIII, Band).

les deux ligaments sacro-sciatiques sont coupés au ras de l'os jusqu'au niveau du bord inférieur du troisième trou sacré.

Il fait alors remarquer que déjà par la section de ces deux ligaments il a obtenu un jour considérable et que la partie supérieure du rectum est déjà rendue accessible. Mais cette ouverture ne suffit pas encore. Il extirpe le coccyx qu'il désarticule au niveau de son interligne articulaire, après l'avoir attiré en arrière avec un crochet. Avec le ciseau et le maillet il résèque ensuite une portion de l'aile gauche du sacrum suivant une ligne qui se dirige en dedans et en bas, passe immédiatement au-dessous du bord inférieur du troisième trou sacré et contourne le quatrième trou sacré pour se porter à la corne inférieure gauche du sacrum en décrivant autour de ce quatrième trou une courbe à concavité externe. Il ne fait attention ni aux branches postérieures des nerfs sacrés, ni aux branches abdominales des quatrième et cinquième nerfs sacrés qu'il a coupées. Il avait reconnu que leur section était sans importance physiologique. Mais il recommande de ménager le troisième nerf sacré qui par sa branche abdominale contribue à la formation du plexus.

Il a ainsi ouvert une fenêtre dans le petit bassin et il a mis à nu de cette façon la partie supérieure du rectum. Le premier temps de l'opération est terminé. C'est l'opération préliminaire.

Nous nous arrêtons là, car la voie nous est maintenant ouverte pour arriver à ces fistules recto-vaginales supérieures.

IV

Applications de l'opération préliminaire de Kraske au traitement des fistules recto-vaginales supérieures

M. Terrier, le premier, devait se servir de la voie sacrée pour atteindre une fistule recto-vaginale très élevée. Son manuel opératoire ne diffère de celui de Kraske que par l'incision. Il fait partir celle-ci de l'épine iliaque postéro-inférieure, la conduit parallèlement au bord du sacrum et la termine au-delà du coccyx. Il continue son premier temps opératoire comme dans le procédé du professeur allemand.

L'observation de la malade de M. Terrier serait maintenant à sa place, mais nos recherches nous ont appris qu'il ne la possédait pas. Il nous reste heureusement l'intéressante communication qu'il fit à la Société de chirurgie en juin 1892. La voici :

COMMUNICATION

Communication d'un cas de fistule recto-vaginale très haut située, opérée par la voie sacrée, à la Société de chirurgie de Paris, par M. le Professeur TERRIER (Séance du 22 juin 1892).

Je désire communiquer une méthode de traitement qui me paraît peu connue en France. Le résultat que j'ai obtenu a été médiocre ; mais je ne puis accuser que mon inexpérience et le

manque de précautions suffisantes. Il s'agissait d'une femme ayant une collection purulente ouverte tantôt dans le vagin, tantôt dans le rectum ; la fistule était située très haut, derrière le col de l'utérus. Malgré toutes les tentatives pour en obtenir la fermeture, rien n'avait réussi. J'eus l'idée d'opérer, comme pour l'extirpation de l'utérus, par la voie sacrée ; je pus, par cette voie, arriver entre le rectum et le vagin et mettre la fistule à nu. Je me contentai de faire une suture au niveau du rectum et je négligeai la perforation vaginale. Il aurait été utile de faire cette suture et de faire, en outre, subir une torsion au vagin, de manière à détruire le parallélisme entre les orifices. Je fis en même temps le nettoyage de la poche purulente. Le résultat fut la guérison de cette collection et la disparition des poussées inflammatoires. Au bout d'un mois, il se reproduisit entre le rectum et le vagin une nouvelle communication pour laquelle je me déclare à peu près désarmé.

Je crois que cette méthode peut donner de bons résultats et je pense que son échec ne peut être mis que sur le compte de mon inexpérience. »

De cette communication, il ressort donc que M. Terrier, malgré son insuccès, est partisan de la méthode sacrée pour traiter ces fistules haut situées.

M. le professeur Heydenreich (1), doyen de la Faculté, après l'examen le plus consciencieux dans le choix d'une intervention pour une fistule recto-vaginale située dans le fond du cul-de-sac vaginal postérieur, se décida à appliquer la méthode de Kraske pour atteindre cette fistule. Il en fut récompensé par un beau succès. La lecture de l'observation de sa malade

(1) *Loc. cit.*

est des plus intéressantes, et, nous sommes heureux de saisir l'occasion de remercier bien vivement notre très honoré maître de l'obligeance qu'il a eue de vouloir bien nous la communiquer.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le professeur HEYDENREICH, doyen de la Faculté.)

Cas de fistule recto-vaginale, située dans le fond du cul-de-sac vaginal postérieur, opérée avec succès par la voie sacrée par M. le Professeur HEYDENREICH, doyen de la Faculté.

« Mme N..., cuisinière, âgée de 36 ans, se présenta dans mon service le 18 décembre 1893, atteinte d'une fistule recto-vaginale.

« Elle raconta qu'elle avait été soignée à Paris, à l'hôpital Cochin, par M. le Dr Schwartz pour un abcès du cul-de-sac de Douglas. Cet abcès avait été ouvert par le vagin par M. Schwartz le 25 mai 1893. La malade avait quitté l'hôpital au mois de septembre, ne perdant plus qu'une petite quantité de pus par le vagin ; les garde-robes étaient normales.

« Vers la fin du mois d'octobre, elle commença à perdre ses matières fécales par le vagin. Elle se décida alors à se rendre à Nancy.

« Lors de son arrivée dans mon service (18 décembre 1893), la malade se trouvait dans un état général peu satisfaisant ; elle était maigre, avait peu d'appétit, était sujette à des vomissements, et sa figure offrait une teinte jaune. Elle perdait par le vagin la totalité

de ses matières fécales mélangées avec du pus. Le toucher vaginal et le toucher rectal ne fournirent aucun renseignement précis. Mais en appliquant un spéculum, j'aperçus nettement, au fond du cul-de-sac postérieur du vagin et légèrement à droite, une ouverture ayant environ un centimètre de diamètre et par laquelle sortaient des matières fécales moulées. Un liquide coloré, injecté dans le rectum, ressortit aussitôt par cet orifice en entraînant des parcelles de fèces.

« Le diagnostic n'était pas douteux ; il s'agissait d'une fistule recto-vaginale. Les renseignements donnés par la malade montraient clairement que son point de départ avait été une collection purulente développée dans le cul-de-sac de Douglas ; cette collection avait été chirurgicalement ouverte par le vagin, et, cinq mois plus tard, une ouverture spontanée s'était faite par le rectum. Il était probable qu'une poche suppurante, communiquant à la fois avec le vagin et le rectum, occupait encore le cul-de-sac de Douglas.

« Etant données d'une part la hauteur à laquelle était située la fistule, d'autre part la disposition probable des parties, il me sembla que l'intervention ne pouvait être tentée avec des chances de succès que par la voie sacrée.

« Le 29 décembre, je procédai à l'opération après anesthésie chloroformique. La malade avait été purgée la veille. Je pratiquai l'incision de Kraske, parallèle à la crête sacrée et en dehors d'elle. Toutefois, la fistule

siégeant à droite, je fis l'incision à droite, au lieu de la faire à gauche. J'enlevai, suivant la méthode de Kraske, le coccyx et la partie inférieure droite du sacrum. J'arrivai ainsi sur le rectum. Ce premier temps opératoire fut achevé rapidement; les difficultés ne commencèrent qu'ensuite.

« Pour atteindre la fistule, j'entrepris de séparer le rectum d'avec le vagin de bas en haut. Cette partie de l'opération fut des plus laborieuses; le rectum adhérait intimement au vagin. Je dus faire introduire par un aide un doigt dans le vagin et un doigt dans le rectum, et je procédai avec mon doigt à la séparation des deux organes.

« J'opérais avec les plus grandes précautions, quand tout à coup mon doigt pénétra dans une cavité. C'était le rectum; j'avais atteint enfin la fistule.

« Je voyais maintenant nettement une ouverture, plus large que le doigt et qui s'ouvrait dans le rectum. En avant d'elle je cherchai vainement l'ouverture vaginale; il existait là un foyer de suppuration à parois anfractueuses, dans lequel les recherches étaient difficiles à la profondeur où j'opérais. L'opération durait depuis une heure; la malade était très affaiblie: je me contentai de fermer l'ouverture rectale à l'aide de quatre points de suture à la soie. Enfin, après une désinfection aussi complète que possible, je suturai partiellement la plaie extérieure, en ayant soin de la laisser ouverte en face de la fistule après l'avoir bourrée profondément à ce niveau avec de la gaze iodoformée. L'opération, abstraction faite du chloroforme, avait duré cinq quarts d'heure.

« Dans le courant de la journée qui suivit, la malade se plaignit de douleurs s'irradiant dans la cuisse droite, et elle réclama une injection de morphine. Il en fut de même les jours suivants. J'appris alors que cette femme était morphinomane. Elle continuait, comme avant l'opération, à présenter quelques vomissements. Du reste, elle n'avait pas trace de fièvre, et le pansement n'était pas taché. Mais, dès le soir de l'opération, une certaine quantité de pus, sans mélange de matières fécales, s'était écoulée par le vagin, et cet écoulement avait persisté les jours suivants.

« La constipation étant absolue chez la malade depuis l'opération, je prescrivis, le 5 janvier, 20 gr. d'huile de ricin ; la malade les vomit. Le 6 janvier, je lui fis prendre deux verres d'eau d'Hunyadi. Ce purgatif amena une débâcle, et les matières fécales firent irruption en abondance par la plaie, tandis que l'écoulement purulent persistait par le vagin. Des injections de Van Swieten étaient pratiquées dans le vagin. Mais il était impossible de supprimer les injections de morphine, la malade se plaignant toujours de vives douleurs dans la cuisse et ne parvenant pas à dormir sans injection. Cependant les vomissements restaient fréquents ; la malade refusait de s'alimenter et elle arrivait à un extrême degré de maigreur.

« J'essayai de diminuer la quantité de morphine qui lui était administrée et dont l'effet était manifestement nuisible. Mais cette femme refusa alors de rester à l'hôpital, et, en dépit de mes avis, elle se fit trans-

porter chez elle, dans un village d'un département voisin, le 26 janvier.

« Elle rentra dans mon service, le 12 février, dans une situation un peu plus satisfaisante. Les douleurs de la cuisse avaient à peu près disparu ; la plaie s'était rétrécie ; l'écoulement de matières fécales par la plaie était moindre, mais l'écoulement de pus par le vagin était toujours notable. Quant à l'état général, il était meilleur ; l'appétit reparaissait.

« L'amélioration ne fit que s'accroître dans le courant de février. Les douleurs de la cuisse disparurent ; l'écoulement de matières fécales par la plaie se réduisit de plus en plus ; l'écoulement de pus par le vagin devint également moindre ; des injections vaginales de von Swieten étaient, d'ailleurs, régulièrement pratiquées. La malade se mit à manger, ne réclamant que rarement une injection de morphine, les selles étaient faciles sans le secours d'aucun purgatif. Enfin la malade put se lever dans les derniers jours de février.

« A la date du 1^{er} mars, la plaie, considérablement réduite, offrait une longueur de quatre travers de doigt, sur une largeur d'un travers de doigt. Sa profondeur était minime, et on apercevait dans son milieu une fistulette, laissant passer fort peu de matières fécales. L'examen du vagin au spéculum montrait que le pus était amené par le même orifice qui, avant l'opération, avait donné passage aux matières fécales.

« La malade quitta l'hôpital, par caprice, le 15 mars.

A ce moment, la fistule située dans la plaie était complètement fermée depuis cinq jours ; elle ne laissait plus passer de matières fécales ; la défécation se faisait normalement par l'anús. Par contre, il s'écoulait toujours une certaine quantité de pus par le vagin. La plaie opératoire ne mesurait plus que cinq centimètres de long, sur un centimètre de large ; on ne pouvait l'apercevoir, du reste, qu'en écartant les bords, qui avaient une tendance à se rapprocher. L'état général était satisfaisant.

« En résumé, l'opération a donné un succès, en dépit du mauvais état général de la malade et de son indocilité. L'écoulement purulent qui a persisté dans le vagin, mais qui diminuait de jour en jour, aurait certainement cédé à un débridement de l'orifice fistuleux suivi de lavages de la poche. Je me proposais de faire cette petite opération complémentaire ; malheureusement, la malade quitta précipitamment l'hôpital, et je la perdis de vue. »

Cette observation est un magnifique plaidoyer en faveur de l'application de la méthode sacrée au traitement des fistules recto-vaginales supérieures. Elle est une preuve éclatante que l'on peut traiter avec succès par la voie sacrée ces fistules recto-vaginales élevées. Et de plus, la cause de ces fistules étant presque toujours dans l'évacuation d'une collection purulente dans le cul-de-sac de Douglas, elle montre que cette voie sacrée permet de s'attaquer avec fruit à chacun des éléments constitutifs de ces fistules recto-

vaginales, c'est-à-dire à l'orifice rectal, à l'orifice vaginal et à la collection intermédiaire entre ces deux orifices.

V

**Modification de l'opération préliminaire de Kraske
dans son application au traitement des fistules
recto-vaginales supérieures.**

Frappé des avantages multiples que présente la voie sacrée et qui ressortent de l'observation de M. le professeur Heydenreich, doyen de la Faculté ; soucieux de ne pas manquer à la règle du *primo non nocere*, nous nous sommes efforcé de trouver par cette voie un procédé qui nous offre le champ opératoire le plus large, la certitude de pouvoir triompher de toutes les parties constituant de la lésion et nous présente les plus grandes sécurités d'avenir pour la malade.

Nous inspirant alors de l'opération préliminaire de Kraske, nous aidant des notions anatomiques sur la région sacro-coccygienne et cherchant à suivre le mieux possible ce précepte de M. Verneuil, « les principales qualités d'un acte opératoire quelconque doivent être l'efficacité, la bénignité et la simplicité », voici les conditions à remplir qui nous paraissent les meilleures, le manuel opératoire qui, après un certain nombre d'exercices sur le cadavre, nous semble le moins coûteux et le plus sûr pour guérir ces fistules recto-vaginales situées très haut.

La cause de ces fistules recto-vaginales très élevées

est, nous l'avons dit, presque toujours dans l'évacuation ancienne d'une poche purulente située dans le cul-de-sac de Douglas. L'état général des malades est alors loin d'être satisfaisant ; d'où cette première indication : tonifier les malades.

De plus, les matières fécales, par leur passage par le vagin, souillent et irritent continuellement les parties qu'elles traversent ; d'où cette autre indication : diminuer leur septicité, autant que faire se pourra, et pratiquer l'antisepsie locale. Il faut, en un mot, faire subir à la malade un traitement préopératoire destiné à assurer le succès.

Nous pensons que cinq ou six jours suffisent à cette préparation et nous sommes convaincu que le chirurgien, qui ne l'aura pas négligée, n'aura pas perdu son temps.

Nous ordonnerons le lait de préférence à tout autre aliment parce que c'est un aliment complet et donnant peu de déchets. Nous en ferons prendre trois ou quatre litres par jour. Mais nous rencontrerons des malades qui n'acceptent le lait qu'avec répugnance et ne peuvent en prendre que deux ou trois verres dans les vingt-quatre heures. Cette quantité très insuffisante serait loin d'amener le résultat cherché, et cependant ce serait nous montrer trop sévère que de condamner quand même ces malheureuses malades au régime lacté exclusif. Nous leur ferons donner, outre le lait qu'elles pourront prendre, des œufs en aussi grand nombre qu'il se pourra, nous leur prodiguerons le bon vin généreux et nous leur donnerons

de l'alcool. A cette suralimentation nous joindrons une potion contenant 1 à 3 grammes d'extrait mou de quinquina.

D'autre part, nous devons aseptiser le contenu intestinal. Il faut bien se persuader que cette asepsie est excessivement difficile et que l'on n'exagère nullement en affirmant que la désinfection absolue du contenu intestinal est impossible. Cependant nous devons faire tous nos efforts pour diminuer sa teneur en microbes. A cet effet, nous prescrirons du naphthol B et du salicylate de Bismuth. L'administration de purgatifs serait peut-être plus efficace que ces antiseptiques pour nettoyer l'intestin, mais elle affaiblirait les malades, ce qu'il faut éviter par-dessus tout. Nous ne pouvons donc que faiblement compter sur ces antiseptiques.

Par contre, nous attendons beaucoup de l'antisepsie locale, c'est-à-dire de la cavité rectale, du trajet fistuleux et du vagin. Les matières fécales séjournent plus ou moins longtemps dans ces parties et les micro-organismes peuvent y fourmiller. Il est donc indiqué de balayer toutes ces matières et d'agir antiseptiquement contre ces micro-organismes qui pullulent dans le futur champ opératoire.

On répondra à ces indications en recommandant à la malade de se faire donner des irrigations rectales d'abord, des injections vaginales ensuite, chaque fois qu'elle se sentira souillée par ses selles. Le liquide de ces injections ne sera pas un antiseptique trop puissant, car la muqueuse rectale absorbant rapide-

ment, il pourrait se produire des intoxications. On se servira d'eau boriquée ou d'une solution faible d'acide salicylique ou d'acide phénique.

La veille de l'opération, on donnera à la malade un purgatif, dont l'effet devra naturellement être suivi de ces irrigations et de ces injections; on n'aura pas oublié de s'informer de l'époque des règles.

La malade, ainsi préparée, pourra être transportée sur la table d'opération.

Là, un aide procédera à une irrigation parfaite de la cavité rectale, du trajet fistuleux et du vagin. Il devra savonner très soigneusement toute la région sacro-coccygienne, tout le périnée, et terminer l'asepsie de ces régions par des lavages prolongés avec une solution de sublimé. L'opération pouvant durer un certain temps, on aura soin d'entourer de ouate les membres inférieurs de la malade.

L'anesthésie chloroformique constatée, nous pouvons opérer.

Nous ne donnerons pas à la malade la position latérale droite de Kraske, nous la ferons coucher sur le dos, les cuisses extrêmement fléchies sur le bassin. Celles-ci seront solidement maintenues par des aides ou par des supports métalliques quelconques. Nous soulèverons très fortement le bassin au moyen d'un coussin placé au niveau des tubérosités iliaques, de façon que toute la paroi pelvienne postérieure se trouve bien en face de l'opérateur.

Nous trouvons à cette position plusieurs avantages: elle est commode au chirurgien, puisqu'elle lui permet

de placer la région où il doit opérer en pleine lumière, l'autorise à s'asseoir, lui donne la liberté de faire écarter les lèvres de la plaie sacro-coccygienne sans être en aucune façon gêné par ses aides et lui facilite la manœuvre du ciseau et du maillet ; elle permet au chloroformisateur de surveiller plus facilement et plus sûrement le rythme respiratoire de la malade, la coloration de sa face, sa pupille et sa cornée.

La position de la malade bien assurée, nous faisons une incision, non pas médiane comme dans le procédé de Kraske, mais latérale, oblique de dedans en dehors et de bas en haut.

Pour cela, nous reconnaissons tout d'abord le sommet du coccyx, puis nous recherchons, en suivant la crête iliaque d'avant en arrière, l'épine iliaque postéro-inférieure. Ces deux points de repère reconnus, nous faisons partir l'incision de la pointe du coccyx pour la terminer à deux centimètres environ au-dessous de l'épine iliaque postéro-inférieure. Cette incision, parallèle au bord du sacrum, peut se faire à gauche ou à droite de la crête sacrée, selon que l'orifice fistuleux vaginal aura été reconnu siégeant à gauche ou à droite du milieu de la paroi postérieure du vagin.

Cette incision nous montre la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée recouvrant l'aponévrose du grand fessier. Nous sectionnons ces différents tissus jusqu'au sacrum et au coccyx. Nous apercevons alors un plan fibreux constitué par le grand et le petit ligaments sacro-sciatiques qui viennent s'insérer sur

les bords de ces os. Nous sectionnons ces ligaments au niveau de leurs insertions et nous avons ainsi à découvert la plus grande partie du rectum.

Le jour que nous donne cette section est déjà grand mais pas suffisant pour atteindre facilement le siège élevé de la fistule et pour manœuvrer aisément.

Nous souvenant alors du précepte de M. Verneuil et tenant à conserver intacts les organes de la défécation, à sacrifier le moins de nerfs possible, nous conservons le coccyx, contrairement à la méthode de Kraske et nous nous contentons d'enlever une petite portion du sacrum.

A cet effet, nous faisons écarter les lèvres de la plaie et avec un bistouri ou une rugine nous détachons les parties molles de la partie inférieure de l'aile du sacrum correspondante.

Ceci fait, avec l'index de la main gauche nous partons de l'articulation coccygienne et nous suivons la face postérieure du sacrum près de son bord. A une petite distance du coude que forme le sacrum nous sentons un premier tubercule osseux, correspondant au quatrième trou sacré ; nous continuons notre recherche et nous sommes bientôt arrêté par un nouveau tubercule. Ce dernier, très important, va nous servir de point de repère pour notre résection ; il correspond en effet au troisième trou sacré, d'où sort le troisième nerf sacré qui, par la part qu'il prend à la formation du plexus sacré, exige d'être ménagé.

Immédiatement au-dessous de ce tubercule, sur l'importance duquel nous ne saurions trop insister,

nous plaçons le tranchant du ciseau et nous aidant du maillet nous réséquons, avec précaution, une portion du sacrum suivant une ligne qui va de dehors en dedans contourner le quatrième trou sacré pour se terminer légèrement en avant de l'articulation sacro-coccygienne sans ouvrir celle-ci.

Cette portion du sacrum enlevée, nous avons alors une ouverture énorme qui va nous permettre de rechercher très-aisément les orifices fistuleux et de les oblitérer avec une assez grande facilité. Cette simple résection nous permet d'opérer pour ainsi dire à ciel ouvert.

La recherche du rectum, quelquefois noyé dans la graisse, le décollement de sa paroi antérieure d'avec la paroi vaginale postérieure peuvent offrir quelque difficulté. Mais on tournera cette difficulté possible en priant un aide d'introduire un doigt dans le rectum et un autre dans le vagin, les deux organes seront ainsi facilement distingués et leur décollement, devenu aisé, nous fera découvrir rapidement les orifices fistuleux. Ce décollement devra se faire avec les doigts.

Nous n'avons pas à craindre la blessure du péri-toine en arrière du rectum, car il est très rare qu'il descende à la hauteur où nous opérons. Nous gênerait-il que nous pourrions très bien le dégager.

Les orifices fistuleux reconnus, nous procédons à leur suture. Nous oblitérons d'abord l'orifice rectal d'après les procédés ordinairement employés ; nous avons ensuite l'orifice vaginal et nous le fermons avec de la soie fine en ayant soin que les surfaces

avivées soient bien en contact. Si, comme c'est le cas le plus habituel, une poche purulente est intermédiaire entre ces deux ouvertures, nous la désinfecterons et nous aurons soin de ne pas fermer complètement la plaie sacrée. Nous faciliterons la sortie du pus à l'extérieur en drainant cette plaie qui nous permettra, au moyen de lavages antiseptiques faits soigneusement et régulièrement, de tarir cette source de pus.

La malade, le pansement fait, sera rapportée dans son lit et couchée sur le côté opposé à celui de la plaie pour éviter toute pression sur cette partie de la région sacro-coccygienne.

Les soins ultérieurs à donner à la malade ne sont pas à négliger.

Les opérateurs ont quelque peu discuté sur la façon dont il faut se comporter au point de vue des fonctions de l'intestin.

Certains, dans le but de laisser aux adhérences entre les deux lèvres de la suture rectale le temps de devenir très solides, conseillent de donner de l'opium pour obtenir une constipation pendant sept ou huit jours. Cette pratique, selon nous, est plutôt dangereuse pour la suture. Elle favorise l'accumulation des matières fécales, augmente le développement des gaz, distend la cavité rectale, et, si la suture n'a pas déjà éclaté sous ces mauvaises conditions, la provocation de la première garde-robe ne manquera pas de causer sa rupture.

Nous nous rangeons résolument du côté des chirurgiens qui abandonnent l'intestin à ses propres

fonctions. Nous provoquerions plutôt la défécation par un lavement, si le besoin s'en faisait sentir. Nous voudrions même pouvoir tenir le rectum constamment vide jusqu'à l'assurance de la solidité parfaite de la suture. Celle-ci aura d'autant plus de chance d'être durable que les contractions intestinales seront moins sollicitées.

Nous supprimerons la suralimentation à laquelle était soumise la malade avant l'opération. Nous lui permettrons de prendre du lait en petite quantité, des œufs, de l'alcool, du bon vin, du champagne.

Nous ne manquerons pas de faire deux fois par jour le lavage du foyer de suppuration ; nous n'oublierons pas les injections vaginales et nous croyons même salulaire de continuer les irrigations à l'eau boricuée de la cavité rectale après chaque selle, dans le seul but de la tenir le plus aseptiquement possible jusqu'à solidité absolue de la suture.

Deux semaines, pensons-nous, suffisent à rendre durables et la suture rectale et la suture vaginale.

Par contre, il ne nous est pas possible de prédire la durée de l'écoulement purulent ; mais nous croyons être en droit d'affirmer qu'il cédera à des lavages antiseptiques faits régulièrement et consciencieusement, et que la plaie sacrée se fermera au fur et à mesure que la fin de cette suppuration approchera.

Telles sont la conduite à tenir et l'intervention que nous croyons être les meilleures pour guérir les fistules recto-vaginales supérieures.

TROISIÈME PARTIE

DISCUSSION

Si l'on ne considère que les résultats de tous ces procédés opératoires, il est difficile de faire un choix entre eux, de prendre celui-ci plutôt que celui-là, puisque chacun d'eux a donné un succès.

Si, au contraire, on examine au prix de quel sacrifice a été obtenu tel succès ; si l'on pèse les risques qu'a fait encourir tel autre, si l'on réfléchit aux complications immédiates ou éloignées que peut donner tel ou tel de ces procédés heureux ; si l'on pense aux infirmités nouvelles que l'une ou l'autre de ces interventions peut faire naître, infirmités peut-être irrémédiables et aussi dégoûtantes que l'infirmité guérie, la sélection devient plus facile.

En effet, nous nous élevons absolument contre la suture de la lèvre antérieure de la fistule à la lèvre antérieure du col de l'utérus. Le succès de l'opération de Simon, de Rostock, fut immédiat, il est vrai, et les matières fécales ne passèrent plus par le vagin, les règles s'écoulèrent par le rectum.

Mais rien ne prouve que la fistule ne se reproduise pas. L'utérus, pour peu que son appareil suspenseur

soit faible, tend toujours, dans la position verticale, à descendre dans le vagin. Il tiraille alors sur la suture. Si la muqueuse vaginale accolée à la lèvre antérieure du col de l'utérus se laisse trop facilement distendre, si ses éléments constitutifs sont de mauvaise nature et si la malade est rendue trop tôt à ses occupations journalières, la fistule se reproduira fatalement et, qui plus est, sera beaucoup plus grande qu'auparavant.

Supposons maintenant la malade guérie depuis longtemps et la suture entre la lèvre antérieure du col de l'utérus et la lèvre antérieure de la fistule d'une solidité remarquable. Tout à coup, par une cause indifférente, la malade est atteinte d'un prolapsus utérin. Que va-t-il se produire? Cette suture si solide, et quoique la muqueuse vaginale veuille bien se laisser distendre sans se rompre, détournera forcément de sa route habituelle la descente de l'utérus, et celui-ci, forçant l'orifice de communication avec le rectum viendra prolaber, partiellement sinon en entier, dans le rectum. On comprendra facilement que l'utérus, dès lors en contact durable avec les matières fécales, puisse devenir le point de départ de complications graves.

Cet accident, possible et fréquent en somme, fera rejeter certainement le procédé Simon, si le chirurgien, s'étant proposé de l'appliquer, y songe avant d'intervenir.

Mais il est une autre considération d'une importance et d'un intérêt beaucoup plus grands : l'âge de la malade.

Les femmes, affligées de cette infirmité si pénible, sont, le plus souvent, loin d'atteindre la ménopause. Elles peuvent être fécondées, et par suite, elles peuvent encore devenir mères. Appliquer le procédé Simon, c'est alors les rendre inévitablement stériles. Nous ne reconnaissons absolument pas au chirurgien le droit d'enlever à la femme une des fonctions physiologiques les plus importantes et les plus intéressantes, la fécondation, alors que d'autres procédés opératoires s'offrent à son choix. Cette seule pensée suffit à faire condamner le procédé Simon, de Rostock.

L'autoplastie par glissement, à lambeaux superposés et à disposition valvulaire de M. Le Dentu peut-elle s'appliquer au traitement de ces fistules recto-vaginales très haut situées ? Nous ne le croyons pas.

Une fistule siégeant dans la partie supérieure de la cloison recto-vaginale est déjà difficilement accessible par le vagin et son avivement demeure défectueux. Il devient presque impossible de l'atteindre si son siège se trouve dans le fond du cul-de-sac vaginal postérieur.

Or, le procédé Le Dentu demande, dans son exécution, l'utilisation autour de la fistule d'une zone de muqueuse vaginale relativement considérable. Ayant affaire à ces fistules exceptionnellement élevées, l'avivement d'une certaine surface de muqueuse au-dessus de la fistule, la dissection d'un lambeau inférieur à celle-ci, le passage des fils offriront des difficultés insurmontables. La fistule peut de plus

présenter des dimensions telles que la réalisation du procédé devienne impossible. La cloison recto-vaginale peut avoir une épaisseur trop faible pour que l'on puisse tailler un lambeau convenable. Enfin, cette autoplastie peut échouer et la malade a grande chance alors de gagner une fistule plus grande qu'avant l'opération.

Toutes ces considérations concourent à faire rejeter l'emploi du procédé autoplastique de M. Le Dentu pour les fistules qui nous concernent.

La voie vaginale nous offre donc des procédés opératoires qui présentent des difficultés, dont nous ne pourrions pas triompher, vu le siège élevé de nos fistules recto-vaginales ; qui nous demandent le sacrifice d'une fonction trop importante, la fécondation ; et nous suscitent la pensée d'un accident capable d'amener de graves complications, le prolapsus utérin à travers l'orifice de communication avec le rectum dans le procédé Simon, de Rostock. Aussi les rejetons-nous.

La voie périnéale nous offre-t-elle des procédés moins coûteux et plus sûrs ?

Nous pensons avec MM. Segond (1) et Bazy (2), que fendre tout le périnée et la cloison recto-vaginale jusqu'à la fistule et même au-delà est une opération assez importante, le périnée considéré intact, pour qu'on puisse chercher à l'éviter.

Le succès, en pareille circonstance, serait des plus

(1) Segond, *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1890, p. 598.

(2) Bazy, *Ibid.*

problématiques. On produirait ainsi une plaie énorme dont la fermeture immédiate, compliquée, exigerait un nombre assez considérable de points de suture. Ceux-ci diminueraient d'autant les chances de réussite.

Certains, en effet, parmi ceux utilisés à la réfection de la cloison recto-vaginale venant à céder, causeraient autant de fistules recto-vaginales ; si tous venaient à manquer, les cavités rectale et vaginale seraient transformées en un véritable cloaque.

De plus, le périnée, après un tel délabrement, perdrait, à coup sûr, de sa résistance antérieure ; il céderait presque certainement aux efforts naturels que réclamerait le prochain accouchement possible.

Enfin, les muscles qui concourent à la défécation, étant fatalement divisés en avant du rectum dans ce procédé, il se pourrait qu'ils ne recouvrissent pas l'intégrité de leurs fonctions, d'où possibilité d'incontinence des gaz intestinaux, d'incontinence des matières fécales, accidents presque aussi pénibles pour la malade que sa fistule recto-vaginale.

Quant aux procédés plus économiques, conseillés par MM. A. Guérin, Quénu, Sanger, on serait tout disposé, après la lecture de leur manuel opératoire, à mettre en pratique l'un ou l'autre d'entre eux. Mais cet instant de faveur qu'on leur accorde tombe bien vite après réflexion.

Et d'abord, nous repoussons le procédé de M. Quénu qui, en ajoutant à son intervention par la voie périnéale l'incision du sphincter anal en arrière, vient

complicquer l'opération et faire courir à la malade les risques que nous avons déjà signalés plus haut. Il ne faut pas oublier que le siège des fistules recto-vaginales que nous voulons opérer est très élevé. Aussi, nous ne croyons pas que l'incision transversale de A. Guérin ou l'incision bi-ischiatique de M. Sanger nous donnent le moyen de l'atteindre. Nous avons peine à croire que les fistules recto-vaginales, que ces habiles chirurgiens ont opérées, étaient situées si haut. La plaie, que leur incision produit, est large, nous l'admettons, mais il faut bien remarquer qu'elle est infundibuliforme.

Or, manœuvrer dans une sorte d'entonnoir devient très malaisé. Nous doutons même qu'il soit possible non seulement d'aller suturer les orifices vaginal et rectal à une hauteur si élevée, mais encore de pousser le décollement du rectum d'avec le vagin, une des difficultés de l'opération, jusqu'à une profondeur aussi grande.

Réussirions-nous à surmonter ces obstacles que nous ne serions point en droit d'affirmer la non-possibilité d'accidents ultérieurs. On ne craint pas, en effet, dans ces procédés, de sectionner le sphincter et le releveur de l'anus, qui associent leur action dans la défécation. Le releveur de l'anus est de plus un organe de soutien pour le rectum. Ces muscles divisés, les gaz intestinaux, les matières fécales peuvent ne plus rencontrer une constriction suffisante pour les empêcher de s'échapper contre la volonté de la malade et le rectum, ne trouvant plus un soutien assez

puissant, peut prolaber. Toutes ces difficultés viennent donc rendre le succès trop douteux et les risques sont trop importants pour que nous puissions nous décider à accepter ces procédés.

Les opérations pratiquées par la voie rectale par MM. Simon, Demarquay, Marc Sée, ne nous enlèvent pas davantage la crainte de ces mêmes risques. Il n'est pas certain que même à l'aide des incisions latérale et postérieure du sphincter anal, ou simplement postérieure, nous puissions fermer les orifices rectal et vaginal du trajet fistuleux. Nous devons de plus faire remarquer que les fistules recto-vaginales supérieures sont, le plus généralement, consécutives à l'évacuation ancienne d'une collection située dans le cul-de-sac de Douglas. Si nous réussissons à fermer le trajet fistuleux, nous nous enlevons le moyen d'agir contre cette collection. C'est là un grave défaut commun à presque tous les procédés que nous avons passés en revue. Cette collection continuant à augmenter, produira une nouvelle fistule recto-vaginale, si elle ne force pas son ancienne route. Nous faisons donc ainsi une opération absolument incomplète.

La voie ischio-rectale, utilisée par M. Michaux pour aller, en créant une large fenêtre sur la paroi latérale du vagin, oblitérer une fistule vésico-vaginale très haut située, et conseillée par cet auteur pour traiter les fistules recto-vaginales élevées, n'a pas encore reçu d'application à cette fin. Si nous considérons les limites du creux ischio-rectal, il nous est permis de croire au faible jour que doit donner cette voie.

L'énorme ouverture que l'on pratique sur la paroi latérale du vagin complique l'opération et, si la cause de la fistule est une collection purulente dans le cul-de-sac péritonéal postérieur, nous pouvons peut-être réussir à fermer l'orifice vaginal, mais nous restons désarmé contre l'orifice rectal. Nous laissons ainsi persister une collection que les matières fécales pourront envahir et dont la présence déterminera à coup sûr de graves accidents.

Malgré les succès respectifs qu'ont obtenu tous ces procédés, il n'est pas certain qu'ils se terminent toujours par des résultats aussi heureux. Leur exécution est en général difficile, compliquée ; nous sommes même convaincu que l'application de certains d'entre eux à ces fistules recto-vaginales supérieures est impossible. Enfin les sacrifices que réclament les uns, les résultats éloignés que nous font redouter les autres, nous enlèvent toute pensée de les appliquer.

Par contre, l'intervention par la voie sacrée ne nous offre que des avantages et nous présente les plus grandes sécurités d'avenir pour la malade. Elle nous permet, en effet, à l'aide de l'opération préliminaire, que nous avons décrite et entourée des conditions les plus salutaires, que nous croyons être la moins coûteuse et la plus sûre, d'atteindre les fistules recto-vaginales élevées.

Cette opération, qui n'exige en somme qu'une incision cutanée et que la résection d'une bien faible partie d'une des ailes du sacrum, nous offre un vaste champ opératoire, où les difficultés pour suturer les

orifices fistuleux sont considérablement amoindries. Elle n'entraîne que la perte de la quatrième paire sacrée qui sera suppléée par la quatrième paire sacrée du côté non lésé. De plus, en laissant le coccyx en place, nous ne détruisons pas les attaches des muscles qui concourent à la défécation et comme les branches nerveuses, qu'envoie à ces muscles la quatrième paire sacrée intacte, ont été forcément respectées, nous sommes sûr de ne pas avoir porté atteinte à cette fonction et de ne pas voir se produire plus tard une incontinence des gaz ou des matières fécales. Enfin, si la fistule est le résultat de l'évacuation d'une collection du cul-de-sac péritonéal postérieur, nous pouvons, en drainant la plaie, agir antiseptiquement contre elle.

Faite avec l'antisepsie la plus rigoureuse, cette opération par la voie sacrée devient inoffensive, est relativement facile, et nous permet de débarrasser ces malheureuses malades d'une infirmité dégoûtante, sans crainte d'accidents futurs.

Ce serait donc faire preuve de parti-pris que de ne pas vouloir reconnaître les réels avantages de l'intervention par la voie sacrée. Aussi aurions-nous à traiter une fistule recto-vaginale haut située que nous n'hésiterions pas à l'aborder par cette voie, et, comme le disait déjà M. Bardenheuer, là sera le triomphe de la méthode sacrée.

CONCLUSIONS

Nous croyons donc pouvoir poser les conclusions suivantes :

1° L'opération par la voie sacrée est le traitement de choix des fistules recto-vaginales supérieures situées très haut.

2° Elle permet d'atteindre sûrement le siège de ces fistules.

3° Elle offre, par la simple résection d'une petite portion d'une des ailes du sacrum, un vaste champ opératoire où l'oblitération des orifices fistuleux devient plus facile.

4° Elle dispense de toucher aux organes de la défécation et, par suite, chasse toute crainte d'incontinence des matières fécales, des gaz.

5° Et, si une poche suppurante est intermédiaire entre les orifices de la fistule, elle donne la facilité d'agir contre elle.

BIBLIOGRAPHIE

- VERNEUIL. — *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 3 mai 1882, t. VIII, p. 349.
- SIMON, DE ROSTOCK. — *Monatschrift für Geb.* t. XIV, p. 439.
— *Prager Vierteljahrschrift prakt. Heilkunde*, t. XCVI, p. 1. — *In thèse de Serres*, Paris, 1867. (Des fistules recto-vaginales considérées surtout au point de vue du traitement).
- LE DENTU. — *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1^{er} octobre 1890, t. XVI, p. 589. — *Semaine médicale*, 1890, p. 372. — *Traité de gynécologie clinique et opératoire de Pozzi*, 2^e édition, p. 970.
- RICHEL. — *Annales de gynécologie*, 1876, t. V, p. 401. — *In thèse de Serres*, Paris, 1867.
- RIZZOLI. — *Bull. des sciences méd. de Bologne*, 1867, t. IV, p. 226.
- LABBÉ. — *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1882, p. 352 et 663.
- LE DENTU. — *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1882, p. 350.
- CH. MONOD. — *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, 1883, p. 46 et 132.
- CHEVRIER. — *Contribution à l'étude du traitement des fistules recto-vaginales*, thèse, Paris, 1890.
- QUÉNU. — *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1890, p. 596.
- A. GUÉRIN. — *Eléments de chirurgie opératoire*, 3^e édition, p. 647.
- SÄNGER. — The operative treatment of recto-vaginal fistula

- (*Buffalo med. and surgoun.*, juin, 1891). — *In traité de Gynécologie de Pozzi*, p. 695 et 963.
- OTTO ZUCKERKANDL. — *Wien. med. Woch.*, 1883, n^{os} 11 et 16 ; 1889, n^{os} 12, 14, 15, 16 et 18 ; et *Wien. med. Presse*, 1889, n^o 7, p. 249. — *In traité de Gynécologie de Pozzi*, p. 695.
- POZZI. — *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1892, p. 458.
- DEMARQUAY. — *Bull. Soc. chir.*, 1874, p. 560.
- MARC SÉE. — *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1890, p. 598 ; 1892, p. 459.
- MICHAUX. — *Congrès français de chirurgie*, 1892, p. 718. — *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus* (fistules vésico-vaginales et fistules recto-vaginales).
- PICQUÉ. — *Congrès français de chirurgie*, 1892, p. 729.
- KRASKE. — Zur extirpation hochsitzender Mastdarmkrebs, 1886, *Arch. für Klin. chir.*, xxxiii Band. — Die sacrale Methode der extirpation von Mastdarmkrebsen und die resectio recti, *Berl. Klin. Wochensc.*, 1887.
- BARDENHEUER. — Die Resection des Mastdarm Carcin. *Volkmann's Sammlung Klin. Vorträge*, 1887.
- HÉGAR. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1889, n^o 10, p. 202.
- WIEDOW. — *Centr. f. Gyn.*, 1889, n^o 29, p. 502.
- PONCET ET JABOULAY. — De l'appendicite infectieuse aiguë. *Rev. de chir.*, 1892.
- MARGERV. — De l'appendicite aiguë infectieuse, sans perforation ni gangrène de l'appendice. *Th. Lyon*, 1892.
- REYNIER. — *Soc. de chir.*, 14 février 1893.
- TERRIER. — *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1892, p. 459. — *Ann. de Gyn.*, 1891, t. II, p. 192.
- HEYDENREICH. — *Semaine médicale* 1892. p. 93. (Des opérations pratiquées sur le sacrum pour faciliter l'abord de la cavité abdominale).
- MORESTIN. . . Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée. *Th. Paris*, 1894.
- SAPPEY. — *Traité d'anatomie descriptive*.

- VOLKMANN. — Verhandlung der deutscher Gesellschaft. *Chir.*,
5^e Congrès, 1876, I, p. 62.
- HILDEBRAND. — Zur statistick der Rectum carcinom. *Deutsche
Zeitschrift für chir.*, XXVII, p. 329-370.
- STIERLIN. — Beiträge für Klin. chir., von P. Bruns, Czerny.
(*Krönlein et Socin*, t. V. fasc. 3, Tübingen).
- KUESTER VON BERGMANN. — Ueber Resectio recti (*Berlin. Klin.
Woch.*, n° 9, s. 193, 1889).
- TILLAUX. — *Traité d'anatomie topographique.*
- SEGOND. — *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1890, p. 598.
- BAZY. — *Ibid.*
- POZZI. — *Traité de gynécologie clinique et opératoire.*
- SERRES. — Des fistules recto-vaginales considérées surtout au
point de vue du traitement. *Thèse, Paris*, 1867.
- HEYDENREICH. — *Congrès de chirurgie de Lyon*, octobre 1894.
- WARNOTS. — Note sur l'opération de Kraske et ses applica-
tions. *Journal de méd., de chir., de pharm. de Bruxelles*,
1890.

Vu par le Président de thèse,

Nancy, le 14 mars 1895.

A. HEYDENREICH.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 14 mars 1895.

Le Recteur,

A. GASQUET.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	1

PREMIÈRE PARTIE

I. Opérations par la voie vaginale	1
II. — — — périnéale.	5
III. — — — rectale.....	9
IV. — — — ischio-rectale.....	13

DEUXIÈME PARTIE

VOIE SACRÉE	15
I. Apparition et applications de la méthode de Kraske.....	15
II. Notions anatomiques sur la région sacro-coccygienne ..	19
III. Manuel opératoire de l'opération préliminaire de Kraske.	26
IV. Applications de l'opération préliminaire de Kraske au traitement des fistules recto-vaginales supérieures...	28
V. Modification de l'opération préliminaire de Kraske dans son application au traitement des fistules recto-vaginales supérieures.....	37

TROISIÈME PARTIE

DISCUSSION	47
CONCLUSIONS	57
BIBLIOGRAPHIE.....	59

